

Per una corsia a misura di paziente

di Alessandro Sergi *

L'ospedale in cui crediamo si fonda su tre paradigmi: qualità, equità, personalizzazione delle cure.

Il cammino che conduce a tale convinzione origina da momenti di ascolto cominciati nelle aziende da anni e da fasi di verifica sul campo. Il primo momento, la pianificazione socio-sanitaria annuale, attraverso gli incontri per la negoziazione di budget, ha condotto a una sintesi tra i bisogni dell'azienda e quelli dei professionisti. Il secondo momento, le attività di salute partecipata o di elaborazione dei Piani attuativi locali (Pal), ha coinvolto rappresentanti dei cittadini, professionisti e amministratori a uno stesso tavolo, con lo scopo di coniugare i bisogni dei pazienti alle esigenze dei professionisti. Quindi si sono inserite le azioni concordate all'interno delle pianificazioni sanitarie annuali, presidinando la sostenibilità del sistema salute.

Sul campo si agisce con i professionisti analizzando le mappe del nuovo ospedale e andando nel cantiere per comprendere se le soluzioni progettate siano realizzabili. Sempre nel reale contesto organizzativo si sta cooperando con il Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva per identificare tutte le funzionalità migliorabili, che solo gli utilizzatori dell'ospedale sono naturali-

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

Il punto sul progetto H4 a pochi mesi dalla conclusione dei lavori

La salute dei «4 ospedali»

Ricoveri appropriati e più territorio: così il Ssr si prepara a cambiare

Mancano ormai pochi mesi alla conclusione dei lavori di costruzione dei nuovi ospedali di Pistoia e di Prato, il cui avvio è previsto, rispettivamente, per luglio 2013 e per settembre 2013. Dopo alcuni mesi seguiranno le inaugurazioni degli ospedali di Lucca (gennaio 2014) e di Massa Carrara (luglio 2014). Lo stato di completamento delle opere è all'88% per il nuovo ospedale di Pistoia, all'84% per quello di Prato, al 63% per quello di Lucca e al 39% per quello di Massa Carrara. Così, in poco più di tre anni, dall'inizio dei lavori, una consistente quota della dotazione ospedaliera della Regione Toscana, pari a 1.710 posti letto, sarà completamente rinnovata e diventerà l'asse portante della prima rete ospedaliera, progettata e realizzata in Italia.

Un traguardo importante che ha incontrato e superato diversi ostacoli, da quelli culturali a quelli tecnici, a quelli legali e amministrativi, a quelli operativi. In effetti il progetto "H4 - nuovi ospedali" si è posto obiettivi ambiziosi: progettare e costruire quattro ospedali in quattro diverse città, con la stessa tipologia architettonica e strutturale e adottare soluzioni funzionali e organizzative avanzate e innovative; rendere protagonista la persona del proprio percorso di cura; stabilire modalità di reciproco interesse fra governo pubblico e imprese private, avvalendosi dello strumento del project financing. In parallelo alla costruzione dei nuovi presidi, è stata avviata una serie di iniziative volte a preparare e sostenere i cambiamenti in atto: campagne di informazione e di comunicazione indirizzate ai cittadini, agli stakeholders, alle comunità; programmi di formazione e aggiornamento del personale sanitario.

La strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate, secondo le diverse modalità assistenziali e l'intensità di cura, è già presente nel nostro sistema sanitario da diversi anni; si pensi a esempio a come è cambiata e si è evoluta la modalità assistenziale in regime di ricovero ospedaliero, quasi esclusiva fino a pochi anni orsono, rispetto a modalità quali il day-hospital, la day-

Lo stato dell'arte		
	STATO COMPLETAMENTO	CONCLUSIONE LAVORI
PISTOIA	88%	LUGLIO 2013
PRATO	84%	SETTEMBRE 2013
LUCCA	63%	GENNAIO 2014
MASSA CARRARA	39%	LUGLIO 2014



SMART CITIES AND COMMUNITIES

Cure e assistenza a casa del malato

La Regione partecipa all'iniziativa di sostegno a domicilio in zone disagiate

La Regione sosterrà il progetto "Same.Q" (Same Quality for all!) che punta a costituire una rete pubblica coinvolta nella sperimentazione dei Progetti "Smart Cities and Communities".

La Giunta ha dichiarato la propria disponibilità alla partecipazione del progetto che prevede la progettazione, realizzazione prototipale e sperimentazione di un "Nuovo modello di servizi, assistenza e cure per zone disagiate e pazienti patologici e post acuti", consistente in servizi amministrativo-sanitari a casa del cittadino, consegna e somministrazione della terapia farmacologica a casa del paziente, definizione e implementazione di un modello open-service per lo sviluppo di Centri servizi di telemedicina per pazienti patologici e post acuti con telemonitoraggio h24 per patologie gravi anche a supporto e sviluppo di modelli di Chronic care. Ma anche controllo telematico della qualità dei servizi di Adi, piattaforma multicanale per l'interazione tra cittadino, Regione, Mmg, medici specialistici e azienda sanitaria attraverso un domicilio digitale e strumenti in open-service, come da "idea progettuale di sintesi" conservata agli atti. La dichiarata disponibilità è coerente con la programmazione regionale in quanto gli obiettivi del progetto sono tra le priorità programmatiche regionali in materia sanitaria, socio-sanitaria e sociale, e con il Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015.

Bruno Cravadi

Presidente

Sistema integrato ospedali regionali (Sior) e Direttore generale Asl 4 Prato

CONTROCANTO

Personale e «Aou», squilibri da sanare

di Fabio Cricelli *

La costruzione dei nuovi quattro ospedali è stata la risposta alla necessità di operare un cambiamento e un ammodernamento di strutture spesso obsolete e poco idonee ad ampliamenti e trasformazioni interne, spesso con evidenti livelli di inefficienza funzionale e con ripercussioni anche sugli aspetti assistenziali. L'innovazione strut-

turale è stata coniugata all'elaborazione di nuovi modelli assistenziali, come l'intensità di cura, che desero il segnale della profonda innovazione in atto nella Sanità toscana.

Ma vi sono diverse problematiche. Innanzitutto il persistente sbilanciamento per la sovradotazione di

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Formazione, 5 moduli per gli Oss

La Giunta ha deciso di attivare, per l'anno scolastico 2012/2013, cinque moduli di formazione complementare per operatore socio-sanitario per 150 posti presso alcune aziende sanitarie. Il 70% dei posti, messi a bando da ciascuna azienda sanitaria, sarà riservato al personale dipendente. L'approvazione della programmazione consentirà lo svolgimento dei corsi nei tempi opportuni, dando alle aziende sanitarie la possibilità di approvare l'attività e svolgere le fasi di raccolta iscrizioni da gennaio 2013, evitando disagi agli utenti e svolgendo l'attività formativa secondo i canoni consueti. (Delibera n. 944 del 29/10/2012)

Test genomici, il Careggi in pista

La Giunta regionale ha preso atto del finanziamento per la partecipazione alla realizzazione del progetto "Test genomici predittivi: censimento in alcune Regioni italiane per l'istituzione di un registro dell'offerta e promozione di interventi formativi per i medici prescrittori". Le risorse, accordate per la partecipazione all'iniziativa, ammontano a poco più di 30mila euro. L'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi sarà il soggetto attuatore del progetto sulla base di una convenzione da porre in essere con l'Università Cattolica del Sacro Cuore. (Delibera n. 961 del 29/10/2012)

ALL'INTERNO

Manager al test del benessere

A PAG. 3

Come accogliere i migranti

A PAG. 6

Livorno, dati sanitari in App

A PAG. 7

QUALITÀ Primi risultati dei parametri 2011 delle zone-distretto e delle Sds


Società della Salute a bersaglio

Migliorano le performance ma c'è troppa differenza tra un'Asl e l'altra

In coerenza con le Asl toscane, le Società della Salute (Sds) e zone-distretto hanno adottato a partire dal 2007 il sistema di valutazione della performance, affinché possa essere facilitato il confronto delle diverse realtà locali all'interno della Regione. Valutare il sistema socio-sanitario non più solo nella sua visione ospedalocentrica, ma focalizzando anche sulla realtà dell'assistenza sociosanitaria territoriale, non è certamente un'operazione semplice, sia per la carenza di dati e flussi informativi comparabili, sia per la delicatezza della materia, soprattutto sul versante sociale.

Dopo 5 anni dalla sua prima sperimentazione, il sistema di valutazione delle zone-distretto e delle Sds ha raggiunto una discreta maturità nella misurazione delle attività del distretto: nel 2011 sono circa 33 i macro-indicatori di valutazione, raggruppati in 120 sottoindicatori. Tenendo quindi presente le caratteristiche dei distretti e le funzioni delle cure primarie, il sistema di indicatori toscano copre la quasi totalità delle funzioni di assistenza pri-

maria del distretto, tra cui prevenzione e promozione della salute; assistenza specialistica e farmaceutica; assistenza domiciliare e residenziale; percorsi quali salute mentale e materno-infantile; assistenza sociale dei minori; cronicità e appropriatezza. Il monitoraggio continuo e in benchmarking dei molteplici aspetti della medicina territoriale e delle attività distrettuali attraverso il sistema di valutazione e il coinvolgimento dei professionisti sanitari e sociosanitari ha già dato buoni frutti.

Diminuiscono infatti i tassi di ospedalizzazione per malattie croniche. Consideriamo a esempio il diabete: la presa in carico dei pazienti diabetici migliora, aumenta la percentuale di diabetici che effettuano almeno un esame dell'emoglobina glicata (da 67% a 69%) e della retina (da 31% a 32%), con una diminuzione del tasso di ricovero per diabete che passa da 21,3 ricoveri a 20,6 ogni 100.000 residenti tra i 20 e i 74 anni. Migliora l'integrazione tra ospedale e territorio, con una percentuale di ricoveri oltre 30 giorni che

passa da 0,93% a 0,88%, ben al di sotto dell'obiettivo regionale dell'1%. Se le zone-distretto rappresentano il primo punto di contatto tra la popolazione e il sistema sociosanitario, particolare riguardo deve essere dedicato all'accesso ai servizi per i gruppi di popolazioni più fragili.

Il percorso materno-infantile a esempio è monitorato anche per le madri straniere, che spesso risultano accedere ai servizi in maniera non tempestiva e appropriata, con un conseguente utilizzo del pronto soccorso. La percentuale di madri straniere che accede alla prima visita di controllo oltre la 12ª settimana di gestazione è stata di circa il 24,5% nel 2011, con un miglioramento di 1 punto percentuale rispetto al 2010. A livello regionale, considerando il trend 2010-2011, tutte le zone-distretto e Sds hanno conseguito miglioramenti in più del 50% degli indicatori.

Ma ancora evidenti sono le differenze tra le performance delle varie zone-distretto. Continuando con l'esempio del diabete, pur diminuendo a livello medio i ricoveri, la zo-

na-distretto con la migliore performance registra un tasso di ricovero di circa 8,5 ricoveri ogni 100.000 residenti tra i 20 e i 74 anni, la zona-distretto con la performance peggiore ne registra circa 64, circa 8 volte superiore. Una differenza che non può essere determinata da differenti caratteristiche della popolazione. A livello regionale esistono diverse soluzioni organizzative e una variabilità nell'offerta che possono comportare ricadute in termini di equità per la popolazione e di qualità delle prestazioni ricevute, nonché di salute e qualità di vita della popolazione.

Ed è proprio nel monitorare la variabilità tra le zone-distretto di una stessa azienda e all'interno della Regione Toscana che il sistema di valutazione supporta il governo del sistema sanitario nella garanzia di equità di assistenza e qualità tra zone e popolazioni differenti.

Sara Barsanti
Laboratorio Mes
Scuola Superiore Sant'Anna

CONTROLLI AMPLIATI AL TERRITORIO

Nuove verifiche per l'assistenza domiciliare

L'aumento delle aspettative di vita e il conseguente fenomeno di invecchiamento della popolazione hanno portato con se una crescente incidenza di malattie croniche e di bisogni assistenziali legati alla senilità. A oggi in Italia tre sono le possibili risposte per i bisogni socio-sanitari di pazienti complessi come gli anziani non autosufficienti: forme di presa in carico informali quali a esempio la famiglia o personale a pagamento, come le "badanti"; assistenza domiciliare da parte dei servizi pubblici o assistenza residenziale, ovvero la permanenza in strutture quali le Residenze sanitarie assistenziali.

**Sotto la lente
le cure a casa
e nelle residenze**

Quante sono le segnalazioni di bisogno di assistenza per anziani non autosufficienti? Quali sono i servizi e i programmi messi a disposizione tra le varie zone-distretto? Quanto deve attendere un anziano per l'attivazione dei servizi stessi? Per cercare di rispondere a tali quesiti nel 2011 entrano per la prima volta nel sistema di valutazione delle zone-distretto e Società della Salu-

te della Regione Toscana indicatori relativi all'assistenza alla persona non autosufficiente, in termini di assistenza sia residenziale sia domiciliare. La valutazione per il 2011 si concentra su tre aspetti fondamentali: la valutazione del percorso legato all'attivazione di servizi per bisogni complessi sociosanitari dell'anziano non autosufficiente; la valutazione dell'assistenza domiciliare; la valutazione del sistema informativo regionale e locale legato a tali servizi.

In particolare gli indicatori monitorano la gestione delle segnalazioni che arrivano dai diversi canali (a es. dai punti insieme o dagli ospedali), il punto unico di accesso per la presa in carico dell'utente non autosufficiente, la relativa valutazione in termini di bisogno socio-assistenziale fatta dalle Unità di Valutazione multidisciplinare (le Uvm), la programmazione e l'attivazione dei diversi servizi e percorsi attraverso la defini-

zione dei piani assistenziali programmati (i cosiddetti Pap) e la tempistica di attivazione dei servizi stessi.

Nel 2011 particolare enfasi viene data alla corretta rilevazione delle informazioni per la gestione dei servizi: le informazioni devono essere raccolte a livello di zona-distretto e di asl all'interno del flusso amministrativo di dati dedicato (cosiddetto Flusso Ad_RSA).

Il 2011 è stato il primo anno di attivazione unica del flusso di dati e, se tale flusso è ormai diffuso in tutte le 34 zone-distretto, si rileva tuttavia la necessità di maggiori sforzi da parte delle zone in termini di completezza e qualità delle informazioni inserite. Mediamente considerando 5 informazioni chiave all'interno del flusso, circa il 78% di esse risulta ben compilato; ancora poche inoltre sono le schede di valutazione multidimensionale inviate alla Regione attraverso tale flusso (circa il 24% di quelle attese). Secondo i dati del flusso nel 2011 circa 81 persone anziane su 1.000 hanno segnalato il bisogno di assistenza. Il 63% di tali segnalazioni rileva un bisogno solo

sanitario, il 17% sociale e il 20% un bisogno di assistenza integrata, quindi sia di supporto sociale che sanitario.

I tempi di attesa per ricevere una prestazione presentano discreti margini di miglioramento, sia per i servizi domiciliari, dove circa il 60% delle prestazioni avviene entro i 30 gg dalla presa in carico, ma soprattutto per quelle residenziali. All'interno del pacchetto di servizi previsti per le persone anziane non autosufficienti, la Regione dà assoluta priorità ai percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità, al fine di favorire la permanenza del soggetto non autosufficiente nel contesto familiare e limitando i casi di inserimento in strutture residenziali: nel 2011 dal flusso risultano essere state programmate circa 6.400 attivazioni di assistenza domiciliare di tipo sanitario, di cui circa il 55% tramite la prestazione di un operatore sanitario

**Tempi d'attesa
in miglioramento
per gli anziani**

semplice, il 30% anche con la presenza del medico di famiglia e il restante in altre forme assistenziali. Il numero medio di accessi domiciliari da parte degli operatori, proxy dell'intensità della prestazione, è di circa 11 accessi l'anno. La valutazione dei servizi per gli anziani non autosufficienti rappresenta quindi un passo importante per la valutazione delle zone-distretto. Sono necessari ancora miglioramenti sia delle informazioni raccolte sia degli stessi indicatori a supporto della lettura del fenomeno, ma i primi progressi saranno già visibili per l'anno 2012. La condivisione con tutti gli attori coinvolti di tali informazioni e la ulteriore definizione di indicatori di valutazione è certamente imprescindibile per il governo di tali servizi. «Solo ciò che si misura può essere - ben - governato»!

Sara Barsanti
Silvia Giovanelli
Laboratorio Mes
Scuola Superiore Sant'Anna

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

postati letto delle aziende ospedaliere-universitarie (Aou). In un contesto regionale caratterizzato dal più basso rapporto posti letto/abitanti su scala nazionale, il sottodimensionamento degli spazi di degenza ordinaria delle aziende territoriali, spostando sulle Aou migliaia di prestazioni, rappresenta un grave elemento di diseconomia. Il modello per intensità di cure è stato elaborato e ha trovato applicazione in modi e forme differenti in quasi ogni azienda e ospedale e ha incontrato spesso resistenze applicative, anche perché non vi è a tutt'oggi una perfetta conoscenza del modello da parte degli operatori.

A questo si aggiunge, negli ultimi anni, una progressiva riduzione delle risorse professionali e

delle competenze specialistiche (incremento dei pensionamenti, blocco del turn over, mancata sostituzione delle gravidanze ecc.). Ma anche se si riuscisse a far collimare perfettamente strutture e modelli, rimarrebbe l'incognita del territorio: se non sarà in grado di accogliere e assistere adeguatamente i pazienti a domicilio o in strutture intermedie dotate di posti letto e diagnostica, allora essi si rivolgeranno nuovamente verso l'ospedale che, essendo per acuti, non avrà margini per reggere l'impatto (meno letti e personale).

I quattro nuovi ospedali rappresentano anche una opportunità: sono elementi portanti della rete ospedaliera regionale che deve offrire risposte qualificate e di

eccellenza ai bisogni di salute della popolazione di riferimento; hanno, finalmente, una dotazione di posti letto di alta intensità di cura (intensiva, sub intensiva e recovery room) che permettono di ottimizzare e mettere in sicurezza i percorsi assistenziali dei pazienti sia medici che chirurgici; possono accogliere reparti di alta specializzazione di non esclusiva competenza delle Aou in ambito medico e chirurgico. Possono, infine, interfacciandosi con l'Università, spostare parte del percorso formativo dei futuri specialisti offrendo casistica ampia e qualificata e proponendosi come veri e propri ospedali d'integramento.

* Presidente Aaroi Emac Toscana

Per una corsia a misura... (segue dalla prima pagina)

mente in grado di percepire. Caratterizzare le diagnosi di ammissione, l'assorbimento di risorse critiche (diagnostica, per immagini in particolare, blocco operatorio...), risorse umane, competenze professionali e diversi livelli di presa in carico ha consentito l'identificazione di gruppi di pazienti omogenei. Queste famiglie di pazienti hanno costituito lo scheletro per la definizione e l'attribuzione degli spazi di degenza.

Le Unità operative e l'attribuzione di espliciti e formali livelli di responsabilità sono a garanzia della qualità delle cure, in particolare nei setting multidisciplinari dove convivono competenze internistiche e chirurgiche, competenze neurologiche, ortopediche e riabilitative.

Una famiglia omogenea di malati occuperà lo stesso setting, dove team infermieristico e medico lavoreranno, condividendo stessi spazi e stessi pazienti. La comunicazione tra operatori e cittadini ricoverati sarà garantita, così come la presa in carico, attraverso la relazione con gli operatori territoriali della continuità assistenziale, anch'essi parte dei team. La valorizzazione delle professionalità presenti (medici, infermieri, Oss, ostetriche, fisioterapisti, tecnici) che già lavorano e lavoreranno insieme sta consentendo di rendere fruibile e realizzabile un percorso di cura personalizzato.

* Direzione sanitaria ospedale Ausl 4 Prato

SSR AI RAGGI X Asl 5 di Pisa: il ruolo dei manager nella gestione della salute organizzativa

Occhio al feeling d'azienda



Piano annuale obbligatorio - Tra gli indicatori orari, assenze, infortuni

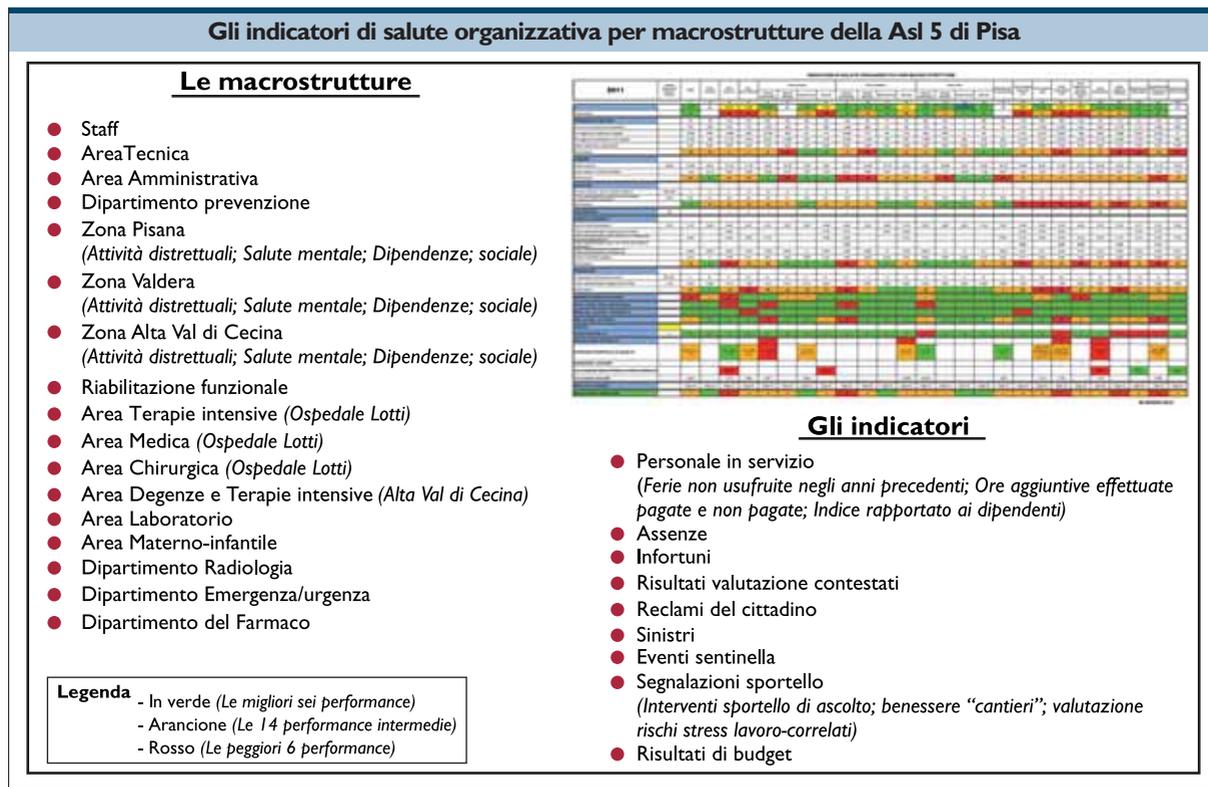
A Pisa i dirigenti di struttura sono coinvolti a pieno titolo nel migliorare la salute organizzativa attraverso l'obbligo - introdotto anche nelle schede di budget - di redigere un piano di miglioramento di struttura sulla base degli indicatori 2011.

Le azioni di miglioramento proposte - attualmente all'esame del gruppo di lavoro - sono risultate di livello micro-organizzativo (interne alla stessa struttura organizzativa), di processo (comportano il coinvolgimento di altre strutture), di livello aziendale (richiedono determinazioni da parte della direzione).

Un'ipotesi ampiamente condivisa lega lo stato di salute degli operatori e dell'organizzazione sanitaria a quello dei pazienti e la qualità erogata alla qualità della vita lavorativa degli erogatori.

È pertanto logico individuare nel processo di raggiungimento della salute organizzativa dell'Azienda sanitaria una strategia efficace per agire anche sul miglioramento della qualità di vita e sulla sicurezza degli utenti del Ssr.

Dal 2007, all'interno dell'azienda sanitaria pisana, si è costituito un gruppo che ha il mandato di individuare e mettere in atto azioni di prevenzione, diagnosi e cura del disagio lavorativo indivi-



duale e di produrre annualmente un report di salute organizzativa grazie al quale viene definito il piano per l'anno successivo.

Dal 2009 a oggi sono state valutate 35 strutture organizzative in base alle linee di indirizzo della Regione Toscana, effettuate 13 diagnosi di salute organizzativa, attivati 27 gruppi di mi-

glioramento in altrettante strutture mentre rispetto a singoli o gruppi di dipendenti sono stati attuati 303 interventi dello "Sportello di Ascolto" attivato nelle tre zone. Gli strumenti utilizzati per leggere e monitorare lo stato di salute organizzativa sia aziendale sia di struttura si articolano in tre macrocategorie: indagini di clima in-

terno condotte dal Laboratorio management e sanità (Mes), i cui risultati vengono discussi e condivisi dalla direzione all'interno delle macrostrutture; monitoraggio di un set di indicatori aggiornati semestralmente (es. gestione orario di lavoro, assenze, infortuni, contenzioso interno, idoneità e richieste straordinarie di visi-

ta al medico competente, esclusione dalla formazione ecc. come previsto dal Dlgs 81/2008).

Nella elaborazione dei risultati si procede correlando gli esiti delle indagini Mes, disaggregati per strutture funzionali, con il valore degli indicatori di malessere riferiti allo stesso periodo di osservazione e con gli esiti

della valutazione rischio stress-lavoro-correlati. Per ciascun indicatore monitorato i risultati delle strutture sono confrontati con le medie aziendali (risultati Mes, assenze), o calcolati come tasso standardizzato sulla popolazione aziendale (infortuni). I dati del contenzioso, degli eventi sentinella, dove i numeri sono piccoli vengono riportati come numero assoluto. Per facilitare la lettura di dati che sono numerosi e complessi, viene utilizzata una colorazione che permette di individuare per ciascun indicatore le 14 strutture che sono nella media aziendale (giallo), le 6 che si discostano dalla media aziendale con valori positivi (verde) e le 6 con valori negativi (rosso).

I risultati sono sintetizzati in un tabulato, trasmesso ai responsabili di struttura, nel quale vengono riportate anche per completezza le iniziative intraprese come azioni di tutela del rischio stress-lavoro correlato rilevato, l'attivazione della procedura benessere, in particolare l'attuazione di gruppi di miglioramento e gli interventi attivati dallo sportello di ascolto psicologico aziendale, quali azioni protettive.

a cura di
Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 Pisa

PROGETTO «ESSETRE» PER LA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

L'esoscheletro salva le giunture all'operaio

Una struttura esoscheletrica, dotata di mezzi autonomi di attuazione, di controllo e di stoccaggio dell'energia, indossabile dal lavoratore, che consente movimenti degli arti paragonabili a quelli naturali dell'uomo fornendo forze di supporto verticali alla movimentazione dei carichi, in modo da ridurre gli sforzi articolari compiuti dalla persona.

Uno strumento innovativo nato grazie a un gruppo di lavoro che ha saputo cogliere le opportunità presenti nel Piano Mirato biennale «Valorizzazione degli apporti delle nuove tecnologie in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro», promosso dalla Regione Toscana.

Obiettivi specifici, la diminuzione di fattori di rischio nelle attività lavorative, attraverso l'utilizzo di innovative attrezzature di lavoro e componenti di sicurezza progettati appositamente all'interno del processo produttivo delle imprese presenti sul territorio provinciale.

Il soggetto attuatore del Piano è stata l'unione dei Comuni della Valdera che ha usufruito del lavoro del consorzio Pont-Tech, nato per sostenere e rafforzare la competitività territoriale nella ricerca scientifica. Il consorzio e la Scuola Superiore Sant'Anna da tempo collaborano per promuovere processi innovativi nel sistema produttivo. In questo contesto, grazie a cofinanziamenti della Regione Toscana, hanno portato a termine il progetto "Essetre", muovendo dallo studio di casi concreti di applicazione delle tecnologie della simulazione, della virtual reality e della augmented reality ai processi produttivi di spe-

cifici settori quali il lapideo, la logistica portuale, l'industria meccanica aveva anche prefigurato la possibilità di poter utilizzare innovazioni tecnologiche anche per aumentare la sicurezza sui luoghi di lavoro.

Dall'approfondimento di questa ipotesi è scaturita una proposta di progetto veicolata dall'Unione dei Comuni e fatta propria dalla Regione Toscana, che ne ha affidato la realizzazione alla Asl 5 di Pisa.

Il gruppo di lavoro nato per lo sviluppo del Piano ha focalizzato l'attenzione su dati Inail relativi alle malattie professionali, e in particolare a quelle dell'apparato muscolo-scheletrico, che derivano da movimentazione manuale dei carichi e da sovraccarico biomeccanico (Cumulative Trauma Disorders), in particolare nel settore dell'edilizia. Queste patologie, quali, per esempio, tendiniti, affezioni dei dischi intervertebrali, sindrome del tunnel carpale ecc., sono particolarmente invalidanti per il lavoratore, riducendone significativamente lo stato di salute oltre che la produttività: il settore edile italiano è particolarmente a rischio contribuendo, infatti, per circa il 15% al numero totale delle malattie professionali denunciate annualmente all'Inail.

Il passaggio successivo è stato rappresentato dalla definizione di un concept tecnologico di riferimento per l'attività di ricerca e di sviluppo del progetto, basato sullo stato dell'arte delle tecnologie robotiche di interazione con l'uomo (human robot interaction, Hri), adatte a fornire forze di supporto al movimento.

Partner il consorzio Pont-Tech e la Scuola superiore Sant'Anna

ATTIVITÀ CONTRO IL DISAGIO IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTA

Bimbi e genitori trovano casa a S. Rossore

Con la riduzione di contesti familiari e sociali allargati e in condizioni di vita più stressanti, genitori e bambini hanno bisogno di spazi ludici ed educativi accessibili a tutti per sperimentarsi e confrontarsi fra loro e con la comunità. Questa considerazione ha portato alla costituzione della Casa dei bambini e dei genitori a San Rossore, un intervento di prevenzione primaria e secondaria del disagio in età evolutiva e adulta.

Il progetto è stato realizzato utilizzando le risorse naturali e umane presenti sul territorio, in un contesto di lavoro integrato tra i servizi sociali sanitari ed educativi. Il coinvolgimento e l'integrazione delle competenze di genitori, educatori e operatori è l'asse portante del centro permanente di accoglienza e di sostegno alle famiglie con i loro bambini, in un contesto naturale immerso nel verde, vicino alla città.

I settori di attività si articolano in tre aree con specifici obiettivi: l'area culturale, come punto di diffusione del sapere nella comunità territoriale; l'area delle competenze, per creare opportunità di confronto per gruppi di genitori e tra operatori sulle evidenze che emergono dalla pratica quotidiana; l'area degli stakeholders, come collegamento tra i diversi portatori di pratiche alle attività della casa.

La Casa è uno spazio di incontro e di confronto culturale tra tutti gli operatori della rete e un centro di formazione, sperimentazione e ricerca sul tema del rapporto genitori-bambini in collegamento con altre esperienze

regionali, nazionali ed europee. Il recente coinvolgimento dell'Università di Pisa è un contributo per approfondire la conoscenza di tutti sulle relazioni primarie e sullo sviluppo della genitorialità. Ai genitori viene offerto un centro di attività di sostegno alle famiglie con bambini da 0-5 anni, ovvero uno spazio dove possono sperimentare e confrontare la propria genitorialità con altri genitori e con esperti, fuori dalla routine quotidiana. Per arrivare alla realizzazione della casa è stato avviato un percorso formativo che ha consentito fino a oggi di scambiare i linguaggi tra le professionalità socio-sanitarie e pedagogiche coinvolte nel progetto. Inoltre è stato realizzato un confronto con altre realtà italiane (Emilia Romagna) ed esperienze simili realizzate in Inghilterra, in Svizzera e in particolare in Francia. I pediatri di libera scelta costituiscono un nodo rilevante della rete. Nella realtà pisana sono presenti servizi socio-educativi e socio-sanitari che accompagnano i genitori nella crescita dei loro figli e percorsi che forniscono un sostegno alla genitorialità.

È importante che le diverse realtà possano costruire una rete che sostenga le relazioni tra bambini e adulti nelle loro specifiche funzioni. Il progetto è stato avviato nel 2009 grazie alla collaborazione tra la Regione Toscana, l'Ente parco Migliarino San Rossore Massaciuccoli, il Comune di Pisa e di San Giuliano, l'Asl 5 e la Società della Salute della zona pisana.

Awiaata nel 2009 l'iniziativa coinvolge anche l'Università

SOCIALE

Progetto "Emergenza Nord Africa": il punto sulla presa in carico



Come ti accolgo il migrante

Ospitalità decentrata sul territorio regionale - Integrazione per gradi

Una rete per monitorare i problemi e programmare le politiche

L'Osservatorio sociale regionale è una struttura organizzativa interna alla Regione Toscana che ha il compito di realizzare un sistema di osservazione e analisi del fenomeno migratorio nonché di attuare un monitoraggio e una valutazione dell'impatto delle politiche sull'immigrazione. Tali funzioni sono attribuite all'Osservatorio anche per i fenomeni di "violenza di genere" e per le politiche nate a supporto del loro contrasto e, più in generale, per i fenomeni e le politiche sociali.

L'Osservatorio, in quanto struttura funzionale della Regione che non prevede un apposito apparato di analisti e ricercatori, al fine di portare avanti i compiti affidatigli, sviluppa rapporti di collaborazione con una pluralità di soggetti, quali università e istituti pubblici e privati, in modo da garantire il rispetto del metodo per la ricerca sociale nello svolgimento dei lavori di analisi e monitoraggio. A livello territoriale, le funzioni di Osservatorio sociale regionale sono svolte dagli Osservatori sociali provinciali che, con il protocollo siglato nel 2008, si sono costituiti in una vera e

propria rete regionale di Osservatori sociali, organizzata per gruppi di lavoro tematici (fenomeno migratorio, violenza di genere, esclusione sociale-povertà, progettazione e supporto alla programmazione territoriale) e coordinata dall'Osservatorio sociale regionale.

La rete realizza, all'interno di un piano di lavoro annuale, la maggior parte di quelli che possiamo individuare come i "prodotti" dell'Osservatorio sociale, tra i quali il Rapporto sulla violenza di genere (giunto quest'anno al IV anno) e il Rapporto sull'esclusione sociale e il disagio grave. L'obiettivo di fondo di questo sistema di osservatori sociali è la realizzazione di una rete conoscitiva a supporto del ciclo della programmazione del sistema di welfare regionale e locale.

Per approfondimenti, maggiori dettagli e per il download dei documenti e rapporti realizzati consultare il sito: <http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale>

Luca Puccetti
Regione Toscana

Con l'avvicinarsi del 31 dicembre, termine temporale che segna la conclusione della "Emergenza Nord Africa" (Ena) - il progetto di accoglienza degli stranieri affidato a diversi enti pubblici dalla Protezione civile in seguito alla crisi nord africana - si sta intensificando la discussione sui risultati dell'esperienza compiuta e su ciò che accadrà nei prossimi mesi. Il monitoraggio realizzato dall'Osservatorio sociale regionale, presentato nei giorni scorsi in un convegno svoltosi presso l'ex Convento di Sant'Apollonia a Firenze, ha voluto fornire un quadro conoscitivo approfondito sul funzionamento del modello toscano di "accoglienza diffusa". Esso costituisce dunque una buona occasione per ragionare delle potenzialità di accoglienza del territorio toscano in una prospettiva di sistema.

Il lavoro è stato realizzato nel primo semestre del 2012 con il supporto degli Osservatori sociali provinciali, integrando metodi di ricerca quantitativi e qualitativi. Al focus group iniziale, al quale sono stati chiamati a partecipare i responsabili di alcuni progetti di accoglienza, è seguita una rilevazione on-line divisa in due parti: la prima finalizzata a raccogliere informazioni riguardanti le caratteristiche delle gestioni che hanno accolto i migranti; la seconda volta a ricostruire i percorsi di presa in carico degli stessi migranti. Tra aprile e giugno, inoltre, quattro ricercatori hanno effettuato 113 visite nelle strutture aderenti al sistema, con l'obiettivo di rilevare direttamente, attraverso una metodologia di tipo etnografico, le caratteristiche essenziali di ciascuna gestione.

Nel sistema "Ena" toscano sono state registrate complessivamente 1.519 persone. Un numero assai inferiore rispetto a quello attribuito alla Toscana dal piano di accoglienza nazionale dell'aprile 2011, calibrato sulla previsione di 50.000 arrivi (in real-

Netta prevalenza di ospiti da Nigeria, Mali e Ghana

ta sulle coste italiane sono arrivate, secondo Iom, meno di 28.000 persone, appena il 3,9% delle 790.000 che hanno varcato i confini libici a seguito della crisi innescata dai bombardamenti Nato). Tra gli accolti si registra una nettissima prevalenza di migranti provenienti dai Paesi dell'Africa Occidentale (rappresentano il 71% del totale), e in particolare da Nigeria (432 persone), Mali (191) e Ghana (177). Le donne (179) rappresentano l'11,8% del totale, mentre i minori sono 92 (6,1%); si registra anche una forte concentrazione nella fascia d'età tra i 18 e i 25 anni (695 migranti su 1.519, il 45,8%) e una netta prevalenza, in particolare tra i migranti maschi, di persone giunte in Toscana senza la presenza di altri familiari (è giunto solo l'84,1% degli uomini).

La Regione Toscana ha deciso di

accogliere i migranti attuando un modello alternativo rispetto a quello delle tendopoli e delle mega-concentrazioni scelto inizialmente dal governo nazionale. Gli ospiti sono stati distribuiti in 135 gestioni diverse, che hanno interessato 110 Comuni (il 38,3% dei 287 Comuni della Toscana). L'effettivo decentramento del sistema (rilevabile immediatamente attraverso la georeferenziazione dei luoghi dell'accoglienza, consultabile alla pagina http://mappe.rete.toscana.it/webstat/index.html?area=emergenza_nordafrika) è evidenziato dal numero medio di persone ospitate da ciascuna gestione (14,3), dato che si riduce ulteriormente ove si consideri che numerose gestioni hanno optato per un ulteriore decentramento delle accoglienze distribuendo le persone prese in carico in più di un appartamento.

L'intero sistema è stato fortemente condizionato dal carattere emergenziale delle prime fasi, durante le quali la principale preoccupazione è

stata quella di assicurare agli accolti i bisogni primari (mangiare e dormire). La repentinità degli eventi (riguardante tutte le strutture), nonché la carenza di esperienze precedenti (riguardanti un numero significativo di gestioni) hanno concorso a delineare un modello di presa in carico che si può definire per "stadi". I percorsi di accoglienza sono stati spesso ridefiniti in corso d'opera, con esiti differenziati. Un dato, quest'ultimo, che non sorprende, considerata la considerevole quantità di fattori di differenziazione, legati ai contesti territoriali, alle tipologie di accoglienza, alle dimensioni delle strutture, alle prestazioni erogate, ai profili dell'utenza, alle interazioni locali.

All'interno delle accoglienze - tensioni tra operatori e migranti accolti si sono registrate in circa 1/3 delle

gestioni - i problemi rilevati sono stati in linea di massima di due tipi: quelli legati ai tempi di attesa nella definizione dello status, visto che con il decreto dell'aprile 2011 il governo ha incardinato il percorso di presa in carico delle persone giunte dalla Libia lungo i binari della domanda di protezione internazionale e quelli connessi alle ridotte prospettive/opportunità di inserimento lavorativo. La ricezione dei migranti da parte dei singoli territori è stata complessivamente positiva; con il trascorrere del tempo i timori e le diffidenze alimentati inizialmente dall'allarmismo dei media hanno lasciato il posto a una graduale e non conflittuale accettazione delle nuove presenze.

È chiaro che al momento incombe come una spada di Damocle - sia sul sistema che sugli operatori - la prospettiva del prossimo 31 dicembre. La cosiddetta "exit strategy" delineata da un documento approvato in Conferenza Unificata il 26 settembre scorso allude - senza specificarne i dettagli - alla possibilità di individuare una soluzione collettiva al problema dello status.

In ogni caso, anche al di là di questa pur ineludibile scadenza, s'impone una più generale riflessione sulla necessità di dare continuità e perfezionare - in una prospettiva diversa da quella emergenziale che ha dominato, specie all'inizio, il modello

Resta da sciogliere il nodo dello status da attribuire

Ena - il principio dell'accoglienza diffusa. L'esperienza compiuta, caratterizzata dal coinvolgimento dell'attore regionale e dalla responsabilizzazione dei territori, si configura come un buon punto di partenza rispetto alle ipotesi di sviluppo e di riforma di un Sistema asilo nazionale che a oggi appare ancora troppo frammentato e dimensionalmente ridotto rispetto alle esigenze effettive.

Fabio Bracci
Sociologo

SOTTO LALENTE IL CASO PILOTA DI PRATO

Luci e ombre dell'accesso ai servizi tra gli «irregolari»

Indagare il rapporto tra migranti irregolari, da un lato, e servizi socio-sanitari, dall'altro, in un contesto locale peculiare come quello di Prato. È questo l'obiettivo del lavoro che abbiamo realizzato tra il 2010 e il 2011 attraverso un gruppo di lavoro interdisciplinare per l'associazione Cerisc (Centro ricerche e interventi sui sistemi complessi). Con il supporto dell'Osservatorio sociale regionale abbiamo cercato di esaminare l'interazione tra migranti e sistema dei servizi in una fase nella quale il dibattito sul tema è andato polarizzandosi attorno a due opposte visioni del fenomeno dell'irregolarità: quella veicolata a livello nazionale dal cosiddetto "pacchetto sicurezza" e quella proposta dalla legge regionale della Toscana sull'immigrazione (entrambe le norme sono state approvate nel 2009).

La legge nazionale si basava (e in gran parte si basa tuttora) sulla criminalizzazione del fenomeno dell'irregolarità. Le norme del "pacchetto sicurezza" intendevano rompere qualsiasi legame tra irregolari e sistema dei servizi (nelle prime versioni del provvedimento

era prevista anche l'abrogazione del principio della "non denunciabilità"); la legge regionale stabilisce invece il principio che i servizi socio-assistenziali indifferibili e urgenti vanno assicurati anche agli irregolari.

L'indagine si è conclusa con la pubblicazione del volume "Zone d'ombra. Migranti irregolari, operatori e servizi socio-sanitari. Un'indagine a Prato" (Bonanno editore, 2012). Il volume presenta nella prima parte un inquadramento teorico e normativo del tema dell'irregolarità, volgendo anche lo sguardo al dibattito accademico e politico, negli altri Paesi europei e negli Stati Uniti. La riflessione teorica assume una valenza non meramente ricognitiva: il carattere intrinsecamente dinamico e processuale del fenomeno dell'irregolarità, che non è un dato oggettivo ma un fenomeno socialmente e normativamente costruito, dovrebbe indurre a utilizzare categorie interpretative meno rozze di quelle imposte dal dilagare del dispregiato e criminalizzante concetto di "clandestinità".

Nella seconda parte del volume si dà invece spazio agli esiti della ricerca empirica, attraverso l'analisi dei risultati emersi dalle 16 interviste

effettuate con operatori attivi all'interno del sistema dei servizi socio-sanitari pratesi e dalle 9 storie di vita di migranti irregolari raccolte. Un ruolo di rilievo, in questo quadro, è stato dato alle zone d'ombra presenti all'interno del sistema di accoglienza locale, e in particolare agli interstizi normativi e relazionali all'interno e attraverso i quali sembrano giocare le loro interazioni i migranti e gli operatori. I risultati del lavoro mostrano che i percorsi di accesso dei migranti irregolari al sistema dei servizi dipendono ancora in gran parte da fattori individuali (come le competenze linguistiche) e dalla disponibilità di risorse informali (come reti di conoscenze o di parentela più solide).

Alla luce di ciò che abbiamo osservato, appare urgente riflettere sulla necessità di passare da un approccio prevalentemente volontaristico (che si limita a delegare de facto l'assistenza di base al Terzo settore) a uno più organizzato e sistemico. Interventi di questo tipo richiedono più risorse: il contrario di ciò che viene imposto dalle politiche di austerità. Ma serve anche un nuovo modello di riferimento per le politiche sugli ingressi, basato sul superamento di quello

che nel volume abbiamo chiamato "gioco dell'oca securitario", e quindi su meccanismi realistici di incontro tra domanda e offerta di lavoro e su forme di regolarizzazione flessibili: le sole strategie che possono porre fine all'avvitamento circolare tra enunciazioni di principio astratte e politiche di governo del fenomeno dell'irregolarità totalmente prive di efficacia.

È importante infine sottolineare che la presa in carico dei migranti irregolari non può e non deve essere ridotta a una mera questione umanitaria. Il mancato accesso al sistema dei servizi rappresenta un nodo importante per qualsiasi strategia di policy intenda affrontare il tema delle disuguaglianze e del costo sociale della crisi all'interno di un modello di welfare che possa ancora definirsi compiutamente universalistico.

Fabio Bracci
Sociologo
Andrea Valzania
Dottore di ricerca in Sociologia
presso le Università di Firenze e Siena
e presso Iris di Prato

LIVORNO Dall'Asl 6 arriva un programma da installare su smartphone e tablet

Tutti i dati sanitari in un'App



I referti sono consultabili in tempo reale - Accesso immediato al Fse

La Sanità livornese sbarca su telefoni cellulari e computer tablet. L'Asl 6 ha presentato, in occasione della Fiera di Bologna "Smart city exhibition 2012", una nuova App, ovvero un piccolo programma da scaricare e installare sugli smartphone, grazie alla quale è possibile accedere al proprio fascicolo sanitario, consultare in tempo reale i referti medici e avere tutte le informazioni più aggiornate. La novità ha già suscitato molta curiosità e attenzione allo stand gestito dell'Asl 6 in collaborazione con Farma.LI.

«Questa ulteriore evoluzione della nostra offerta - dice Monica Calamai, direttore generale dell'Asl 6 di Livorno - rappresenta il naturale completamento della strategia di innovazione, iniziata due anni fa che si è sviluppata tramite l'introduzione della prenotazione telefonica grazie al CupTel, ma anche le nuove modalità di prenotazione a sportello, l'utilizzo del Televideo, il rinnovamento del sito web aziendale, la progettazione e sviluppo dei totem multimediali interattivi fino alla creazione della App di oggi. Abbiamo in

questo modo coperto tutte le possibilità di fruizione dei servizi sanitari per i cittadini, diversificando e semplificando al tempo stesso l'accesso sempre all'insegna di una Sanità che permetta accessi sempre più facili e veloci».

«La App, che per ora sarà disponibile per Android, ma a breve avrà anche una versione per I-phone - spiega Andrea Beardinelli, responsabile dell'Area Innovazione e sviluppo dell'Asl 6 di Livorno - consente di fruire dal proprio cellulare di alcune funzionalità a oggi già disponibili

sui totem interattivi. La App è composta da una sezione pubblica, disponibile da subito al momento dell'installazione e che permette di visualizzare in automatico il flusso di news, articoli o novità provenienti dal sito dell'Usl 6 e quindi aggiornato in tempo reale. La sezione privata è, invece, disponibile solo dopo aver eseguito una procedura di abilitazione e autenticazione che, pur nella semplicità dei passaggi, garantisca il massimo rispetto della sicurezza e della privacy».

Grazie alla nuova App i cittadini po-

tranno visualizzare in tempo reale i propri referti, una funzione molto utile, a esempio per chi esegue gli esami Tao e ha necessità di sapere appena possibile il risultato. Dal telefono sarà comunque possibile accedere a tutti i servizi già disponibili tramite totem come la consultazione dei referti della diagnostica, del pronto soccorso, ma anche la stampa di libretti vaccinali o la richiesta delle cartelle cliniche.

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

SIENA

Due chirurghi delle Scotte premiati per gli studi sul cancro allo stomaco

Per la prima volta il premio Ruggeri, prestigioso riconoscimento nazionale in campo chirurgico, è stato assegnato in Toscana a Franco Roviello e Daniele Marrelli del policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena. Il premio, dedicato al professor Ettore Ruggeri - uno dei maestri della chirurgia italiana - è stato conferito nel corso dell'ultimo Congresso nazionale di Chirurgia italiana, evento annuale che vede riuniti circa 3mila chirurghi provenienti da tutta Italia. È stato premiato il lavoro dell'équipe di Chirurgia oncologica, diretta da Enrico Pinto, per la pubblicazione del testo internazionale "Surgery in the multimodal management of Gastric Cancer". Il volume è stato curato da Roviello e Marrelli, entrambi soci fondatori del Gruppo italiano di ricerca del carcinoma gastrico, insieme ai colleghi dell'Università di Ancona e Verona, e rappresenta una pubblicazione di assoluto rilievo scientifico nel campo del trattamento del tumore dello stomaco.

occupa di studiare i diversi aspetti del tumore allo stomaco, che presenta ancora un'incidenza molto elevata nella provincia di Siena. Quest'area della Toscana, insieme alla provincia di Arezzo, rappresenta una delle zone di maggiore incidenza a livello europeo, quasi quanto riscontrato in altri Paesi, tra cui il Giappone, dove rappresenta un problema sociale. Il nostro team analizza la problematica nei vari aspetti clinici, diagnostici e di trattamento. In particolare sono fondamentali i risultati degli studi che spiegano la familiarità del tumore dello stomaco e quelli che descrivono il miglior approccio chirurgico, sia in chirurgia tradizionale che mini-invasiva, per via laparoscopica o robotica. Le nostre ricerche sul tumore allo stomaco - conclude Roviello - sono state anche sostenute dall'Istituto toscano tumori che, negli ultimi 5 anni, ha finanziato diversi filoni di ricerca».

A Roviello e Marrelli il prestigioso premio Ruggeri

Ines Ricciato
Ufficio stampa Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena

PISTOIA

Attese ridotte per le visite al cuore: il Patto con i sindacati entra nel vivo

Dal prossimo novembre diventano concreti alcuni degli obiettivi stabiliti e concordati tra le confederazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil e l'azienda sanitaria pistoiese con il protocollo d'intesa denominato "Patto per la Salute" e siglato la scorsa estate. Nel protocollo venivano individuate le azioni socio-sanitarie più urgenti e prioritarie per la provincia di Pistoia e le relative soluzioni realizzabili, in tempi brevi, e con benefici immediati per la popolazione.

L'intesa per la salute era stata siglata la scorsa estate

In particolare nel "Patto" era stato indicato l'immediato miglioramento delle liste d'attesa per la visita cardiologica con elettrocardiogramma e il potenziamento dello screening colon-rettale.

Fermo restando che la visita cardiologica, in situazioni di urgenza, è assicurata in tempo reale e che tutte le altre visite nel 65% dei casi sono garantite entro quindici giorni (rispettando la media regionale), almeno in un punto di erogazione della Asl 3 di Pistoia, per implementare l'offerta in questi giorni è stata deliberata l'acquisizione presso istituti privati di ulteriori 1.500 visite cardiologiche ed elettrocardiogrammi rispettando

quanto previsto dal "Patto". Le visite saranno inserite a Cup già dai prossimi giorni.

Per gli screening mammografico e quello citologico, rispettivamente per la prevenzione del tumore al seno e al collo dell'utero, risultano buona l'estensione e alta la percentuale delle donne che hanno risposto all'invito sottoponendosi agli esami (pap test e mammografia). Per quanto riguarda invece lo screening colon rettale si erano ravviate delle criticità soprattutto nello svolgimento dell'eventuale approfondimento diagnostico (colonoscopia) nei soggetti risultati positivi al test. Per superare tale criticità è stato assunto a tempo indeterminato un medico endoscopista per arrivare a un'estensione della campagna di prevenzione del tumore del colon retto almeno del 65% (attualmente è del 27%). Si ricorda che il "Patto per la salute" rappresenta un importante accordo tra l'azienda pistoiese e i sindacati e quest'anno l'intesa tra le parti è stata raggiunta nonostante la grave situazione economico-finanziaria.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

AREZZO

Due laser specifici in ambulatorio per la dermatologia del San Donato

Nuovi servizi offerti dalla dermatologia dell'ospedale San Donato. Sono entrati in funzione da metà settembre, con un ambulatorio attrezzato con due laser specifici per attività di dermatologia. Alle prestazioni di questo servizio si accede con prenotazione Cup su richiesta del dermatologo.

La presentazione è stata effettuata il 24 ottobre alla presenza del direttore sanitario della Asl 8 Branca Vujovic e del presidente del Calcio Giancarlo Sassoli.

Ma cosa è un laser dermatologico? Lo ha spiegato il direttore della Unità operativa Antonio Castelli: «Il laser è uno strumento che emette una luce di altissima intensità che ha la caratteristica di essere coerente e monocromatica (fotoni con identica lunghezza d'onda). Vi sono numerosi tipi di laser - ha proseguito Castelli - con diversi effetti sui tessuti. Infatti a seconda della lunghezza d'onda (colore) interagiscono con strutture differenti quali la melanina della pelle, i vasi sanguigni o l'acqua contenuta nelle cellule: la luce cede energia elevandone enormemente la temperatura. Ci sono quindi laser a CO₂ chirurgici (interagiscono con l'acqua) che provocano

la vaporizzazione dei tessuti e sono utili per il trattamento di verruche, condilomi, fibromi cheratosi seborroiche e cheratosi attiniche e tumori epiteliali. Nella modalità frazionata sono di elezione nel cosiddetto fotoringiovanimento».

Il laser Nd-Yag interagisce prevalentemente con la melanina e l'emoglobina e risulta pertanto efficace nella risoluzione dei tumori vascolari (angiomi, teleangectasie ecc.) e nella epilazione permanente. Oggi la dermatologia dispone di Laser CO₂ sia in modalità continuo che frazionato, del laser Nd-Yag e di una stazione per la luce pulsata (utile per la rimozione delle macchie cutanee). «Questi apparecchi - ha concluso Castelli - consentono di risolvere brillantemente numerose patologie della pelle con risultati terapeutici ed estetici eccellenti evitando spesso interventi chirurgici impegnativi per il paziente. I laser sono stati acquistati direttamente dal Calcio di Arezzo per un costo di 69.000 euro, e quindi donati all'ospedale dalla intera cittadinanza».

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

IN BREVE

PISA

In occasione del 20° Congresso europeo di gastroenterologia (Uegw 2012), svoltosi ad Amsterdam dal 20 al 24 ottobre, l'Uo di Gastroenterologia e malattie del ricambio dell'AouP è stata premiata con la "Rosetta di Eccellenza" per il contributo scientifico in ambito epatocologico. Lo studio ha evidenziato come il clinico epato-gastroenterologo possa valutare, entro i primi tre mesi di terapia con sorafenib, nei pazienti con tumore epatico avanzato, la risposta al farmaco grazie all'esecuzione, da parte dello specialista radiologo, della Tac perfusionale. In tal modo è possibile personalizzare la terapia ottimizzando il dosaggio e la prosecuzione del trattamento o, in alternativa, considerare un'eventuale interruzione.

LUCCA

Il 23 ottobre, all'auditorium del Centro sanitario di Capannori (Lu), si è svolto il convegno per fare il punto sul rischio sismico e la sicurezza nei luoghi di lavoro. Il convegno, presentato dal direttore del Dipartimento di prevenzione dell'Asl 2 di Lucca, ha visto la partecipazione di molti professionisti e operatori, provenienti da tutta la Regione, oltre a dirigenti e funzionari di organi dello Stato e aziende private. Hanno partecipato anche molti rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. L'iniziativa è nata dall'esigenza di mettere insieme diverse professionalità per comunicare ai datori di lavoro, ai professionisti e ai lavoratori (tramite i loro rappresentanti) utili informazioni per risolvere le problematiche legate al terremoto.

AREZZO

Anche i congressi sono una buona occasione per fare beneficenza. Questo hanno pensato e messo in pratica i giovani chirurghi urologi che hanno organizzato a metà settembre un corso destinato agli specialisti under 40. È la nuova generazione di chirurghi, capaci di muoversi con capacità anche con le nuove tecnologie, in grado di supportare interventi particolarmente complessi. In quella occasione hanno chiesto ai presenti di fare offerte per il Calcio. Il ricavato, 500 euro, andrà al Calcio aretino che anche verso la Uo di Urologia ha sempre una particolare attenzione. L'evento è stato organizzato dalla direzione aziendale e presieduto da due autorevoli chirurghi robotici aretini, entrambi under 40: Filippo Annino e Niccolò Buffi.

EMPOLI

Rotary club Firenze Nord e Rotary club Empoli insieme per la Neuropsichiatria infantile dell'Asl 11. Il connubio solidale si è concretizzato mercoledì 31 ottobre in occasione della serata conviviale organizzata per raccogliere fondi da destinare al progetto Aquilone. Il progetto, realizzato dall'Uo di Neuropsichiatria infantile diretta da Annalisa Monti, prevede la creazione di contesti abilitativi adatti ai bisogni dei bambini con Disturbo di apprendimento (Dsa) e disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Adhd). L'obiettivo del progetto, che funziona da ponte tra le dimensioni sanitaria e sociale, è facilitare l'integrazione dei bambini con problematiche neuropsichiche e di sperimentare nuove metodologie di presa in carico.

Errata corrige

Nel numero di Toscana, allegato al n. 40 de «Il Sole-24 Ore Sanità», l'autore dell'articolo a pagina 2 dal titolo «Le cure in carcere giocano d'anticipo», Francesco Ceraudo, non ricopre più la carica di Direttore del Centro regionale di coordinamento per la salute in carcere, come precisa la DGR 93/2011 e la DGR 213/2012, ma è il responsabile del Progetto salute in carcere (DGR 1096/2011).
Ce ne scusiamo con gli interessati e con i lettori.

**Per tua figlia
che cresce
meglio
il vaccino
oggi
che l'HPV
domani.**



numero verde 800 556060
www.regione.toscana.it/iointantomivaccino



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Regione Toscana